



Если для прочтения данного документа вам необходима помощь, обратитесь к служащему в приемной.



Денежная помощь



Продовольственная помощь



Медицинская помощь



Общая помощь для нетрудоспособных



Уход в домах престарелых или помощь на дому

## Люди помогают друг другу

### **B. Как мне подать заявление о предоставлении пособий?**

- O.**
- Заполните заявление. Отнесите его или отправьте по почте в ваше районное отделение.
  - Сделайте отметку в квадрате на странице 2, если вам требуется помощь.
  - Чтобы начать процесс подачи заявления, нам необходимы ваше имя, адрес и подпись.
  - Если у вас нет адреса, сообщите об этом служащему в приемной.
  - Для завершения процесса подачи заявления заполните страницы 3 и 4.

### **B. Когда я начну получать пособия?**

- O.**
- Предоставление денежной и медицинской помощи начинается с того дня, когда мы получим всю информацию, необходимую для определения наличия у вас права на их получение.
  - Предоставление продовольственной помощи по программе Basic Food начинается в день подачи заявления.

### **B. Что, если мне срочно необходима продовольственная помощь?**

- O.**
- Впишите ответы на вопросы с 1 по 14 и сразу подайте заявление служащему в приемной. Если вы находитесь не в местном отделе, то отправьте заявление по почте или отнесите его в местный отдел.

Вы можете получить продовольственную помощь в течение пяти (5) дней с момента получения нами вашего заявления, если:

- Вы предъявите удостоверение личности; и
- доходы и имущество вашей семьи очень малы; **или**
- доходов и имущества вашей семьи недостаточно, чтобы оплачивать аренду жилья и коммунальные услуги одновременно; **или**
- кто-либо из членов вашей семьи является нуждающимся мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим.

### **B. Могу ли я получить необходимую информацию и справочные услуги?**

- O.**
- Если ваш общий доход не превышает установленного максимума (согласно WAC 388-478-0060), вам разрешается использовать наш веб-сайт по предоставлению информации и справок, который называется *Your Community Services Office* («Ваш отдел общественных услуг») и предназначен для оказания вам помощи в поиске услуг, необходимых вам и вашей семье. На данном веб-сайте вы найдете информацию о программах и ресурсах Департамента в вашем районе, которые могут оказаться полезными для вас. Чтобы воспользоваться веб-сайтом, наберите следующий адрес на компьютере, имеющем доступ в Интернет: <https://wvs2.wa.gov/dshs/onlinetcso>

#### **Важная информация об иммиграционном статусе и номерах социального обеспечения**

- Вы можете обращаться по поводу предоставления пособий для части членов вашей семьи, даже если некоторые из членов вашей семьи могут не иметь права на данные пособия в связи с их иммиграционным статусом. В штате Вашингтон действует несколько программ медицинского обслуживания для лиц, не имеющих номера социального обеспечения или документов, подтверждающих их иммиграционный статус.
- Если вы нуждаетесь в денежной или продовольственной помощи, вам необходимо указать номера социального обеспечения и предоставить документы, подтверждающие иммиграционный статус, только тех лиц, которые подают заявление о предоставлении пособий. Тем не менее, вы добровольно можете сообщить нам свой номер социального обеспечения, и мы используем его только для проверки информации (например, вашего уровня дохода), необходимой для установления вашего права на получение пособий. Если вы решите не предоставлять нам ваш номер социального обеспечения и данные о вашем иммиграционном статусе, ваш доход и имущество, все равно, должны быть проверены при необходимости установить наличие права.

Департамент сельского хозяйства США (USDA) запрещает дискриминацию во всех программах и мероприятиях по причине расовой принадлежности, цвета кожи, пола, вероисповедания, национальности, политических взглядов. Лица, имеющие инвалидность и нуждающиеся в альтернативных средствах для получения информации о программе (шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассеты, и т.д.), могут обратиться в центр USDA TARGET по телефону (202) 720-2600 (голосовой телефон и линия TDD). Чтобы подать жалобу о дискриминации, пишите по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или позвоните по телефону (202) 720-5964 (голосовой телефон и линия TDD). Департамент USDA является поставщиком услуг и работодателем, предоставляющим равные возможности для всех.





# Пересмотр права на пособие

Если для заполнения данной формы вам необходима помощь, сделайте отметку в этом квадрате и отдайте форму служащему в приемной.

**FOR OFFICE USE ONLY**

DATE  
RECEIVED

INITIALS

1. ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)			2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)	
3. ВАШЕ МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА ДОМ И УЛИЦА			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	4. НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА ИЛИ ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	6. РАБОЧИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
9. Я обращаюсь за (отметьте все, за чем вы обращаетесь): <input type="checkbox"/> Деньгами <input type="checkbox"/> Уходом в доме престарелых <input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, перечислите): _____ <input type="checkbox"/> Продовольствием <input type="checkbox"/> Лечением алкогольной и наркотической зависимости _____ <input type="checkbox"/> Медицинской помощью <input type="checkbox"/> Услугами программы COPES (помощь в учреждении с проживанием или помощь на дому)						7. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	
10. Сколько денег ваша семья ожидает получить в этом месяце: \$ _____						8. НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА	
11. Сколько у вашей семьи наличных денег и денег на банковских счетах: \$ _____							
12. Сколько денег ваша семья платит за аренду жилья или по закладной: \$ _____							
13. За какие коммунальные услуги платит ваша семья: <input type="checkbox"/> отопление / кондиционирование						<input type="checkbox"/> телефон	<input type="checkbox"/> другое: _____
14. Является ли кто-либо из членов вашей семьи сезонным рабочим или мигрирующим сельскохозяйственным рабочим? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет							

**FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service:**  Yes  No **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

15. Мне необходимо пройти собеседование по телефону, потому что я: <input type="checkbox"/> престарелый <input type="checkbox"/> инвалид <input type="checkbox"/> работаю <input type="checkbox"/> иные трудности: _____							
16. <input type="checkbox"/> Мне нужен переводчик. Я говорю на: _____ языке или <input type="checkbox"/> объясняюсь жестами; Я хочу получать письма на: _____							
17. Если вы обращаетесь за продовольственной помощью, то на скольких членов вашей семьи вы покупаете продукты и готовите пищу? _____							
18. В последние 30 дней я получал(а) денежную, продовольственную, медицинскую помощь от другого штата или из другого источника: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет							
19. Я или то лицо, в интересах которого я подаю заявление, был осужден за преступление, связанное с наркотиками и совершенное после 21 августа 1996 г.: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет							
20. Я или то лицо, в интересах которого я подаю заявление, скрывается от правосудия, чтобы избежать суда или лишения свободы в связи с совершенным преступлением <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет							
21. Я или член моей семьи (отметьте соответствующие пункты): <input type="checkbox"/> Беременна; предполагаемая дата родов: _____ <input type="checkbox"/> В экстренном медицинском состоянии <input type="checkbox"/> Получил(а) уведомление о выселении <input type="checkbox"/> Отключен(а) от коммунальных услуг или отопления <input type="checkbox"/> Подвергаюсь(подвергается) жестокому обращению в семье <input type="checkbox"/> Имею (имеет) инвалидность (укажите, какую): _____							
22. Предоставление следующих данных является добровольным и не будет использовано для установления вашего права на получение пособий. Я имею испанское или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет      Я считаю, что по расе я (отметьте все подходящее): <input type="checkbox"/> Белый этническое происхождение: <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец <input type="checkbox"/> Уроженец Азии <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских или иных тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Американский индец или коренной житель Аляски; название племени: _____ <input type="checkbox"/> Иное (укажите): _____							

23. Перечислите всех членов вашей семьи, если даже вы не подаете заявления в их интересах (если необходимо, приложите дополнительный лист).

ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	КЕМ ОН (ОНА) ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ ЭТОМУ ЧЕЛОВЕКУ БЫЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ ПОСОБИЯ? ДА НЕТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДЛЯ ВСЕХ, КРОМЕ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ, НЕОБЯЗАТЕЛЬНО			НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПОЛ М/Ж
				ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ГРАЖДАНИНОМ США? ДА НЕТ	ЕСЛИ ВЫ НЕ ГРАЖДАНИН, ЕСТЬ ЛИ У ВАС ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВАШ СТАТУС? ДА НЕТ			
Я		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



**I. Общая информация**

1. Все лица, в интересах которых я подаю заявление, проживают в штате Вашингтон:  Да  Нет  
Если «да», то с какого момента (укажите): \_\_\_\_\_
2. Я или член моей семьи являюсь (является) иностранцем, получающим финансовую поддержку:  Да  Нет
3. Кто-то временно находится вне дома:  Да  Нет Если «да», то кто (укажите): \_\_\_\_\_
4. Я или член моей семьи являюсь (является) ветераном, инвалидом или супругом ветерана (живого или умершего):  Да  Нет
5. Я проживаю в:  Собственном доме или квартире  Семейном доме для взрослых  Общежитии  
 Учреждении (укажите, каком): \_\_\_\_\_  Иное: \_\_\_\_\_
6. Я:  Холост (не замужем)  Женат (замужем)  Разведен(а)  Проживаю с супругом раздельно  Вдовец (вдова)

**II. Информация о медицинской страховке**

Я или мы (отметьте соответствующие квадраты):

1. Имею (имеем) проблемы со здоровьем, которые не позволяют мне (нам) трудиться .....  Да  Нет
2. Имею (имеем) неоплаченные счета за медицинские услуги .....  Да  Нет
3. Нуждаюсь (нуждаемся) в помощи по оплате медицинских счетов, не оплаченных в любом из последних трех (3) месяцев .....  Да  Нет
4. Планирую(ем) поступить, нахожусь (находимся), недавно покинул(и) медицинское учреждение (такое как больница или дом престарелых) .....  Да  Нет
5. Имею (имеем) медицинскую страховку, включая "Tricare" или "Long-Term Care Insurance" (страховка по длительному уходу) .....  Да  Нет
6. Являюсь (являемся) участниками программы Medicare (ПРИМЕЧАНИЕ: это не равнозначно наличию медицинских купонов) .....  Да  Нет
7. Стал(и) участником(ами) несчастного случая и нуждаюсь (нуждаемся) в медицинской помощи .....  Да  Нет

**III. Имущество**

Вам не надо заполнять этот раздел, если вы обращаетесь ТОЛЬКО для участия в программе медицинского обслуживания детей (**Children's Medical**) или программе медицинского обслуживания беременных (**Pregnancy Medical**).

В дополнение к указанному ниже, иными видами имущества являются деньги, денежные средства, находящиеся у третьих лиц, договоры купли-продажи, скот, урожай, производственное оборудование.

1. Я, мой супруг, или кто-либо из лиц, в интересах которых я подаю заявление, имеет имущество:  Да  Нет  
Если «да», пожалуйста, укажите ниже:

ВИД ИМУЩЕСТВА	КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ИМУЩЕСТВО?	ГДЕ НАХОДИТСЯ ИМУЩЕСТВО (НАПРИМЕР, В БАНКЕ)?	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ИМУЩЕСТВО?	ГДЕ НАХОДИТСЯ ИМУЩЕСТВО (НАПРИМЕР, В БАНКЕ)?	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ
Текущий(ие) счет(а)			\$			\$
Сберегательный(ые) счет(а) или счет(а) в кредитном союзе			\$			\$
Депозитные сертификаты или счет(а) денежного рынка			\$			\$
Доверительная собственность или аннуитеты			\$			\$
Акции, облигации, доли в совместной собственности			\$			\$
Вклад в пенсионный фонд или на личный пенсионный счет (IRA)			\$			\$
Планы, фонды, или участки земли для погребения			\$			\$
Страхование жизни			\$			\$
Собственность			\$			\$
Иное:			\$			\$
Иное:			\$			\$

2. Я, мой супруг, или то лицо, в интересах которого я подаю заявление, продал, обменял, отдал или передал материальные запасы за последние пять (5) лет (включая передачу имущества в доверительную собственность или пожизненное пользование):  Да  Нет  
Если «да», то что: \_\_\_\_\_ когда: \_\_\_\_\_

3. Я или то лицо, в интересах которого я подаю заявление, имеет следующие транспортные средства (включая грузовые автомобили, фургоны, лодки, прицепы):

ГОД ВЫПУСКА (НАПРИМЕР, 1980)	ПРОИЗВОДИТЕЛЬ (НАПРИМЕР, FORD)	МОДЕЛЬ (НАПРИМЕР, ESCORT)	ЭТО ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО АРЕНДОВАНО?	Я (МЫ) ИСПОЛЬЗУЮ(ЕМ) ЭТО ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ.	Я (МЫ) ВСЕ ЕЩЕ ДОЛЖЕН(Ы) ЗА ЭТО ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет



#### IV. Доходы

1. Я, мой супруг, или то лицо, в интересах которого я подаю заявление, имею (имеет) доход:  Да  Нет  
Если «да», то, пожалуйста, заполните данный раздел.

ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ОБЩАЯ ПОЛУЧЕННАЯ СУММА (В ДОЛЛАРАХ ДО УПЛАТЫ НАЛОГОВ) \$ _____ долларов в: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Месяц Число часов в неделю: _____ Дни выдачи зарплаты (например, 1-е и 15-е числа, или каждая пятница): _____				
Данная работа является самостоятельной предпринимательской деятельностью?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Кто имеет доход:					
ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ОБЩАЯ ПОЛУЧЕННАЯ СУММА (В ДОЛЛАРАХ ДО УПЛАТЫ НАЛОГОВ) \$ _____ долларов в: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Месяц Число часов в неделю: _____ Дни выдачи зарплаты (например, 1-е и 15-е числа, или каждая пятница): _____				
Данная работа является самостоятельной предпринимательской деятельностью?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Кто имеет доход:					

2. Я, мой супруг, или то лицо, в интересах которого я подаю заявление, уволился с работы в последние 60 дней.  Да  Нет

3. ИНОЙ ДОХОД	КТО ПОЛУЧАЕТ ДОХОД?	ОБЩАЯ СУММА ЗА МЕСЯЦ	КТО ПОЛУЧАЕТ ДОХОД?	ОБЩАЯ СУММА ЗА МЕСЯЦ
Пособия по безработице		\$		\$
Пособия по социальному обеспечению		\$		\$
Дополнительная социальная помощь (SSI)		\$		\$
Выплаты на содержание детей или содержание, выплачиваемое супругом		\$		\$
Пенсия		\$		\$
Пособия ведомства по делам ветеранов (VA) или пособия для военных		\$		\$
Пособия департамента труда и промышленности (L&I) или страховые пособия		\$		\$
Доверительная собственность или аннуитеты		\$		\$
Иное:		\$		\$

#### V. Ежемесячные расходы

Аренда жилья	Платежи по закладной	Аренда площади	Страховка домовладельца	Налог с имущества	Сумма налогообложения имущества
\$	\$	\$	\$	\$	\$

Коммунальные услуги (отметьте все, что имеется в наличии):  Электричество (не отопление)  Телефон  
 Отопление (газовое, электрическое, топочным мазутом)  Водоснабжение, канализация, вывоз мусора

Другое лицо или организация помогает мне оплачивать все или часть моих расходов на жилье:  Да  Нет

Если да, то кто: \_\_\_\_\_ Какие расходы: \_\_\_\_\_ Сумма, выплачиваемая ими: \$ \_\_\_\_\_

Я (мы) плачу (платим) или должен(ны) платить (отметьте соответствующие позиции):

<input type="checkbox"/> За уход за ребенком или иждивенцем	Ежемесячная сумма: \$	Кто платит:
<input type="checkbox"/> Выплаты на ребенка	Ежемесячная сумма: \$	Кто платит:
<input type="checkbox"/> По счетам за медицинские услуги	Ежемесячная сумма: \$	Кто платит:

#### ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ

Я прочитал(а) (или мне разъяснили) мои права и обязанности, и я получил(а) копию документа «Права и обязанности клиента» (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113(X). Я обязан(а) сообщать об изменениях в соответствии с требованиями департамента. Я обязан(а) предоставлять документы, подтверждающие мои права на пособия. Департамент DSHS может оказать мне помощь в получении подтверждающих документов или связаться для этого с другими лицами или органами. Получая Временную помощь нуждающимся семьям (TANF) или пособия по медицинскому обслуживанию, я передаю штату Вашингтон определенные права на выплаты на ребенка или на помощь по медицинскому обслуживанию. Подавая запрос на предоставление медицинских услуг и получая их, на время получения пособий по медицинскому обслуживанию я (мы) передаю штату Вашингтон свои права на получение помощи по медицинскому обслуживанию и любых производимых третьими лицами платежей за медицинское обслуживание для оплаты покрываемых страховкой медицинских услуг. Под страхом наказания за дачу ложных показаний я заявляю, что предоставленная мною в данном заявлении информация является правдивой, правильной и полной, насколько мне известно. Я понимаю, что я могу быть привлечен(а) к уголовной ответственности в случае незаконного получения денег, продовольствия или медицинской помощи в результате сделанных мной умышленно ложных заявлений или по причине того, что я умышленно не сообщил(а) что-либо, о чем должен(на) был(а) сообщить. В случае подачи заявления на участие в программе Basic Food подпись в заявлении должен ставить только заявитель. В случае обращения за денежной или медицинской помощью, все совершеннолетние члены семьи должны подписать заявление.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ ИНОГО СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ В КАЧЕСТВЕ ПОДПИСИ ПОСТАВЛЕН ЗНАК «Х»	ДАТА

